

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

251

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 mai 1909, à 1 heure

ÉTUDE SUR LES FISTULES URINAIRES

consécutives aux Prostatectomies

PAR

M. SARRADIN

Président : M. RÉCLUS

Professeur

Juges. . . { MM. BRISSAUD
MARCEL LABBÉ
PROUST }

Professeur

Agrégés

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, rue Casimir-Delavigne, 8

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M. LANDOUZY.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....		GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
		BRISSAUD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE.
Histologie.....		PRENANT.
Opérations et appareils.....		HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE.
Médecine légale.....		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale.....		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants.....		GILBERT-BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DELBET.
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....		RECLUS.
		SEGOND.
		de LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....		ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		PINARD.
		BAR.
Clinique d'accouchements.....		R.-DESSAIGNES.
		POZZI.
Clinique gynécologique.....		KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....		Albert ROBIN.
Clinique thérapeutique.....		

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANE.
BEZANÇON F.	DESGRÈZ.	LEGREY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL P.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA A.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELMÉ.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET A.	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBÉ M.	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTUDE

sur LES

FISTULES URINAIRES

consécutives aux Prostatectomies

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOS

Secrétaire général de l'Institution Française d'Urologie

Officier de la Légion d'honneur

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine



AVANT-PROPOS

Nous avons l'intention d'étudier dans ce travail une des complications post-opératoires des prostatectomies.

C'est un des reproches que l'on fait à cette belle et encore récente opération, d'être fréquemment suivie de fistules urinaires. Au cours de cette étude nous essaierons d'établir par l'examen d'une certaine quantité d'observations la fréquence de cette complication, les conditions dans lesquelles elles se produisent, sa gravité, sa prophylaxie, son traitement.

Nous envisagerons successivement les fistules urinaires qui ont suivi la prostatectomie périnéale puis celles qui se sont produites à la suite de la prostatectomie transvésicale.

Mais avant d'aborder notre sujet nous avons un devoir agréable à remplir : qu'il nous soit permis de remercier ici publiquement les maîtres qui nous ont guidé dans nos études. Et tout d'abord notre maître M. le docteur Desnos, qui depuis notre arrivée à Paris n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance. Il a bien voulu nous admettre à l'honneur de travailler sous sa direction et c'est à lui que nous devons d'avoir pu étudier la pratique des voies urinaires à laquelle nous

espérons nous consacrer. Nous lui en conserverons toujours la plus grande reconnaissance.

Que M. le docteur Minet veuille bien accepter nos remerciements de ses conseils et des documents qu'il a si aimablement mis à notre disposition.

A Nantes, nous avons eu l'honneur de servir à l'Hôtel-Dieu sous les ordres de M. le docteur Malherbe qui nous a enseigné les premiers principes de la chirurgie urinaire ; nous lui devons beaucoup. Puis dans les services de MM. les docteurs Vignard, Dianoux et Sourdille ; nous conserverons un souvenir reconnaissant de leurs bonnes leçons. Nous adressons à M. le professeur Reclus le respectueux hommage de notre admiration et nous le remercions sincèrement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

I. FISTULES URINAIRES CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE PÉRINALE

FREQUENCE

Nous donnerons ici les résultats de notre statistique personnelle, nous aurons du reste à revenir constamment sur ces chiffres au cours des différents chapitres de ce travail ; nous ne les donnons maintenant que comme vue générale.

Nous avons pu nous procurer 661 observations de prostatectomie périnéale ; elles se répartissent sur ces dix dernières années et comportent par conséquent des faits datant des premiers temps de cette opération.

Parmi ces 661 observations nous avons trouvé 51 cas où il se produisit une fistule urinaire à la suite de l'intervention, soit 7,7 pour 100 des cas.

La statistique présentée par Escat, dans son rapport au septième congrès de l'Association Française d'Urologie, comportant 380 cas, donnait une fréquence de 8,3 pour 100.

Si nous examinons séparément la fréquence des fistules *uréthro-rectales* et celle des fistules *uréthro-périnéales*, nous trouvons pour les premières 21 fistules

pour 661 cas, soit 3,1 pour 100. La statistique d'Escat indique 4,4 pour 100, celle de Watson qui porte sur 530 cas indique 2,7 pour 100 seulement.

Pour les secondes nous avons trouvé 30 observations de fistules uréthro-périnéales, soit une fréquence de 4,5 pour 100.

Notre pourcentage est donc un peu moins élevé que celui de la statistique d'Escat ; cela tient, croyons-nous, à ce que la nôtre contient un certain nombre d'observations plus récentes, et que beaucoup de ces fistules, surtout les uréthro-rectales, sont venues grever les premiers malades opérés. Nous croyons que cette fréquence est appelée à diminuer encore grâce aux améliorations de technique qui ont été apportés à la prostatectomie périnéale.

ETIOLOGIE

Dans ce chapitre nous essaierons de dégager par l'examen des faits les causes des fistules urinaires consécutives à la prostatectomie périnéale. Nous étudierons successivement l'étiologie des fistules uréthro-rectales puis celle des fistules uréthro-périnéales.

FISTULES URÉTHRO-RECTALES. — Les fistules uréthro-rectales reconnaissent deux causes immédiates : d'une part un accident au cours de l'opération, la blessure du rectum, d'autre part le sphacèle de cet organe survenant quelques jours après l'intervention.

C'est à la première de ces causes que sont dûes la majeure partie de ces fistules. Sur *vingt-et-une* fistules uréthro-rectales nous l'avons rencontré dans *onze* cas. Mais comme dans cinq cas nous n'avons pas de renseignements sur la cause de la fistule c'est en réalité dans les deux tiers des cas que cet accident s'est produit.

Si maintenant nous examinons quelles sont les causes médiatees, les conditions favorisantes de la déchirure rectale, nous trouvons mentionné dans deux observations la difficulté du décollement du rectum d'avec

la prostate, l'hémorragie abondante. Dans l'un de ces cas de M. Pauchet (1) : « Le décollement du rectum est laborieux et malgré les précautions habituelles il est déchiré sur une longueur de deux centimètres..... l'urètre présente de chaque côté une déchirure d'un doigt. » Dans un cas de M. Rochet (2) (obs. ix) l'hémorragie a été abondante et ne s'est arrêtée que le soir. Dans deux autres cas la prostatectomie avait été précédée de l'opération de Bottini. Dans la première de ces observations M. Raffin (3) émet l'hypothèse que cette précédente intervention n'est pas étrangère à la production de cet accident ; sa description du décollement rectal donne bien cette impression : « Avec le doigt on cherche le plan de clivage recto-prostatique. Cette manœuvre est assez difficile ; on parvient néanmoins à séparer les deux organes, mais on s'aperçoit bientôt que le rectum a été déchiré. On avait mis le plus grand soin cependant à ne pas s'éloigner de l'urètre, à tel point qu'au moment où on avait commencé le décollement, l'urètre était à nu, et que le doigt a pénétré dans la prostate. Celle-ci s'est trouvée fendue et la sonde mise à nu. Cet accident est peut-être dû à ce que le malade avait subi antérieurement l'opération de Bottini. »

(1) In Thèse de Voisselle (Paris, 1904-05).

(2) Archives provinciales de Chirurgie 1904. (*Lyon Médical*, 1904).

(3) In Thèse de Faysse. Lyon, 1904.

Le second cas, de Morton (1), vient renforcer cette impression. Son malade subit une opération de Bottini. L'aggravation de la cystite nécessite une urétrotomie externe, pour drainer la vessie. « La palpation au moyen d'un doigt introduit dans le rectum et d'un doigt introduit dans l'urètre par la plaie périnéale permet de sentir les incisions faites dans la prostate par la lame galvanique, et le peu d'épaisseur des tissus entre le rectum et ces incisions. »

« Le malade revient à l'hôpital en juin 1903 avec des urines sanglantes depuis un mois, une vessie irritable et se sonde deux fois par jour. Le 2 juillet, prostatectomie périnéale. Prostate très difficile à énucléer, très adhérente à la capsule, et pendant ce temps opératoire avec blessure du rectum se produit. »

Enfin dans deux cas la déchirure du rectum fut produite par la valve à fixation automatique au moment de sa mise en place. (Albarran (2) et Desnos).

Le sphacèle du rectum s'est présenté cinq fois sur nos 21 fistules uréthro-rectales. En outre dans un cas de Raffin il y eût à la fois blessure et sphacèle du rectum. Ce qui nous a frappé tout d'abord c'est le *mauvais état général* des malades qui ont souffert de cette complication. L'un de ceux-ci opéré par M. Loumeau (3) est un vieil urinaire de soixante-dix ans, très

(1) Morton, *Medical Record*, 1904, Obs. vi.

(2) In Thèse de Petit, Paris, 1902, Obs. iii.

(3) Loumeau. Association Française d'Urologie, 1903, Obs. iv et vii.

affaibli, en rétention complète depuis quatre mois, infecté et calculeux. Un second opéré de Louineau, dysurique depuis quinze ans, calculeux, a eu des suites opératoires graves et compliquées : soit inextinguible, sueurs profuses, perte d'appétit (pas de glycosurie) double phlébite des membres inférieurs, sphacèle de la plaie périnéale et du scrotum. L'opéré de Murphy (1) est dans un mauvais état général : mal nourri et anémique, dit l'observation.

Enfin nous retrouvons dans une observation de M. Pousson (2) l'hémorragie abondante au cours de l'opération ; l'hyperthrophie prostatique était peut-être d'origine néoplasique.

Il nous reste à signaler un cas où il y eut à la fois blessure du rectum et sphacèle de cet organe.

Il s'agit de l'opéré de Raffin déjà cité. L'hémorragie avait été considérable et fut arrêtée par un tamponnement à la ferripyrrine. Le malade fut purgé le septième jour et on s'aperçut que les matières passaient par la plaie. On avait déjà remarqué depuis quelques jours un sphacèle assez étendu de la plaie. Peut-être, dit M. Raffin, ce sphacèle est-il dû à la ferripyrrine.

En somme la fistule uréthro-rectale est le plus souvent la conséquence d'une blessure du rectum au cours de l'opération. De l'examen des faits, il résulte que ce regrettable accident se produit lorsque le décollement

(1) Murphy. Fifty cases of prostatectomy (*Journal of American Med. Association*, 1^{er} et 2^e semestres, 1904).

(2) In Eyquard. Thèse de Bordeaux, 1906.

du rectum d'avec la prostate ne s'est pas trouvé effectué dans l'espace décollable. Outre l'absence de l'aspect caractéristique, lisse et sérieux, de ce plan de clivage, la difficulté de la séparation, l'hémorragie abondante qui l'accompagne viennent en avertir le chirurgien.

Dans un certain nombre de cas cet organe peut se trouver anatomiquement supprimé par des adhérences recto-prostatiques, dues, soit comme dans les deux observations que nous avons citées à des opérations antérieures sur la prostate, soit dans certains autres cas à la suite de suppurations prostatiques au périprostatique.

Mais fréquemment la fistule uréthro-rectale est secondaire et se produit par sphacèle de la paroi antérieure du rectum ; cette complication se voit surtout chez les malades affaiblis, infectés, en état de *minoris resistentiae* et dont la vitalité des tissus est précaire.

Peut-être la dissection du rectum en dehors du plan de clivage, dans sa paroi musculaire, en détruisant les vaisseaux qui assurent en partie sa nutrition, est-elle une cause de sphacèle. Il n'est pas improbable que l'action d'un hémostatique s'ajoutant à ces causes vient contribuer à la production de la nécrose.

FISTULES URÉTRO-PÉRINÉALES. — Sur les trente cas de fistules uréthro-périnéales que nous avons pu étudier, nous notons qu'il s'agissait dans dix-sept observations de malades dont les urines étaient infectées ; quelques-uns présentaient un état général grave.

Un malade de Pauchet (*lococitato*) était en rétention

complète, urines troubles, amaigrissement considérable, aspect très déprimé. Après l'opération, le malade fit une escharre sacrée. Un malade de Raffin (*loc. citato*) présentait des urines alcalines ayant l'aspect de la polyurie trouble, les dernières gouttes étaient purulentes. Dans un cas de M. Rochet (1) : Accès violent de fièvre urineuse. Le malade de l'obs. xviii, du même, est un vieux rétentionniste à vessie infectée. Celui de l'obs. xx émet des urines purulentes et son état est grave. Celui de l'obs. xiv a des urines très troubles. Un autre malade de Rochet opéré par M. Gayet a des urines louches, sanglantes, albumineuses avec cylindre, œdème des jambes, langue rôtie, dyspepsie. Un malade de Castano (2) émet des urines troubles et fétides, un autre des urines purulentes.

Dans un cas de Hogge (3), le malade a de la fièvre, des troubles digestifs, son état général est précaire.

L'observation xxx de Murphy (*loc. cit.*) mentionne des urines troubles, un peu d'albumine. Il en est de même dans ses observations xxvii, xlv, xlvii, xlviii, xlix

Dans un second ordre d'idées, nous notons que, dans onze cas la prostate était très volumineuse ou dure et fibreuse : prostate dure et fibreuse, pesant 40 gr. (*Pauchet, obs. iii*). Prostate de la grosseur d'un œuf de dinde dure et fibreuse (*Rochet*). Les observations xiv, xviii et xx, du même, signalent la grosseur de la

(1) In Thèse de Quéré, Bordeaux 1904 et *loc. citato*.

(2) *Annales génito-urinaires*, 1907.

(3) Assoc. Franç. d'Urologie, 1903, Rapport d'Escat.

prostate. Les deux observations de Castano font mention d'une prostate grosse (*obs. vi*), grosse, molle et douloureuse (*obs. viii*). Le premier opéré de Reynès (1) était porteur d'une prostate énorme pesant 215 gr. Le malade de l'*obs. xx* de Murphy avait une prostate remarquablement grosse, celui de l'*obs. xlvii* une prostate énorme, celui de l'*obs. xlviii* une prostate modérément grosse, mais très dure.

La difficulté de l'énucléation et les déchirures urétrales se trouvent signalées dans cinq cas : Décortication difficile, pendant ce temps opératoire l'urètre est désorganisé (*id. obs. v*). Prostate difficile à énucléer (*Rochet obs. xx*). La prostate est arrachée avec les doigts et des pinces (*Murphy, obs. xxxix*).

On pourrait penser qu'un rétrécissement cicatriciel post-opératoire est une cause fréquente de production et d'entretien des fistules uréthro-périnéales. Il n'en est rien. Nous n'avons trouvé ce fait mentionné que dans trois observations : Dans un cas de Raffin l'olive n° 16 donnait une sensation de rétrécissement un peu en avant de la fistule et était arrêtée dans la zone correspondant à celle-ci. Dans un autre cas du même chirurgien on trouva, au cours d'une opération ultérieure, le canal resserré par la cicatrice de la précédente intervention (*obs. vi*). Et enfin nous trouvons dans l'*obs. xii* de Rochet : « Trois semaines après l'opération, on ne peut passer ni sonde ni conducteur. On introduit un stylet par la fistule périnéale, une sonde métallique

(1) Associat. Franç. d'Urol., 1903.

par le canal. Après incision du périnée on rompt le pont fibreux interposé. » La plupart des observations indiquent au contraire un catheterisme facile.

Comme faits plus rares pouvant contribuer à la production d'une fistule, citons la présence d'abcès, que nous trouvons noté dans trois observations (*Raffin, obs. xi*) : « Dès l'ouverture de la capsule il s'écoule une grande quantité de pus, venant d'une cavité située en arrière de la prostate... Le col de la vessie est ouvert très largement, effondré pour ainsi dire. Hémorragie assez abondante. » Un malade de Murphy avait présenté un mois avant l'intervention un abcès prostatique ouvert dans le rectum. A l'opération, abcès dans le lobe gauche de la prostate (*obs. vi*). Un second malade présenta un mois avant la prostatectomie un abcès péri-réthral ouvert dans l'urètre.

Dans certains cas la prostatectomie fut compliquée par l'extraction de calculs plus ou moins traumatisants pour la vessie et l'urètre. L'ablation d'un calcul gros comme un œuf de dinde déchire la vessie du malade, elle est réparée par trois points au catgut (*Pauchet, obs. iv*). Dans le cas XLVIII de Murphy on enlève un calcul qui avait ulcéré le bas fond vésical. Hémorragie profuse.

Dans un cas il y eut ablation simultanée d'une tumeur du bas-fond (1).

Ces diverses causes se sont parfois trouvées réunies

(1) Cauterman. Ass. Fr. d'Urologie, 1903.

chez un même malade et sont venues contribuer chacune pour leur part à la production de sa fistule.

Citons pour terminer, et à titre de curiosité, le premier opéré de Verhoogen (1900) qui dut sa fistule à la technique employée : Taille latérale à gauche de l'anus, décollement rectal à gauche tout le long du creux ischio-rectal jusqu'à la prostate, puis perpendiculairement nouvelle incision mettant à nu la paroi postérieure de la prostate. Cette technique causa une énorme brèche dont la cicatrisation laissa une fistule périnéale.

Faute d'observations suffisamment détaillées au point de vue opératoire, nous n'avons pu établir par des faits le rôle que peut jouer dans l'étiologie des fistules uréthro-périnéales l'absence de résection des parties exubérantes de l'urètre prostatique dilaté qui subsistent après l'énucléation de la prostate. Ces lambeaux plus ou moins intacts forment, lorsqu'on ne les résèque pas, une sorte de poche ou plus exactement d'entonnoir irrégulier d'autant plus grand que la prostate était plus hypertrophiée. Les urines souvent septiques s'y engagent au moment de la miction, drainées en quelque sorte vers le périnée, elles séjournent dans cette cavité irrégulière, y entretenant l'infection. Nous croyons que cette poche prostatique constitue une véritable amorce pour la fistule uréthro-périnéale.

De l'examen des faits, il résulte que la fistule uréthro-périnéale se voit surtout à la suite de prostatectomies chez des sujets à urines infectés, parfois en mauvais

état général ; chez les porteurs de prostates dures, scléreuses, difficiles à énucléer et dont l'urètre est plus ou moins désorganisé au cours de ce temps opératoire ; chez les malades à prostate très grosse laissant une vaste cavité après leur ablation. Enfin les opérations surajoutées ; l'extraction de calculs volumineux en particulier déchirant la vessie ou désorganisant l'urètre prostatique viennent favoriser la formation d'une fistule. Nous croyons en outre qu'un défaut de technique opératoire tel que l'omission de la résection des parties exubérantes de l'urètre favorise la formation d'une fistule.

On ne saurait s'étonner de ne pas rencontrer des suites opératoires absolument normales dans ces observations qui comprennent tous les plus mauvais cas de prostatectomie.

SYMPTOMATOLOGIE

FISTULES URÉTRO-RECTALES. — Ces fistules laissent passer par le périnée les matières fécales et l'urine. Elles sont en effet formées par la réunion de deux fistules : d'une part une fistule uréthro-périnéale, d'autre part une fistule recto-périnéale. Il en est ainsi immédiatement après l'opération et cet état de chose persiste parfois jusqu'à ce qu'un traitement vienne fermer ces fistules. Le malade pisse à la fois par la verge, par le périnée et par l'anus. Souvent le périnée se cicatrise pour son propre compte et ne laisse passer au bout d'un certain temps ni urines ni matières, mais l'orifice urétral et la brèche rectale ne se ferment pas, il en résulte une communication de ces deux organes, le malade présente une fistule uréthro-rectale et pisse en partie par l'anus, en partie par l'urètre.

Nous avons vu que les fistules uréthro-rectales reconnaissent deux causes : la blessure au rectum ou le sphacèle de sa paroi antérieure. Lorsqu'il y a blessure du rectum les choses se passent ainsi : La blessure rectale est immédiatement suturée au catgut, l'on constipe le malade, mais malgré ces précautions l'opéré présente une selle et l'on s'aperçoit que les matières ont fait irruption par la plaie périnéale.

Lorsqu'il s'est produit du sphacèle de la paroi rectale, c'est plus tardivement, dans les premiers jours du second septenaire, que l'on constate la souillure de la plaie par les matières. Dans la plupart de nos cas c'est au huitième jour que le fait s'est produit. Un seul cas fut très précoce, le troisième jour (*Pousson, loc.cit.*). Le sphacèle est parfois accompagné d'une abondante hémorragie qui, dans un cas (*Murphy, loc.citat.*), nécessita l'administration de chlorure de calcium et d'adrénaline.

Suivant l'importance de la déchirure les matières passent en totalité par la plaie, comme dans un cas de Raffin où il s'était produit une vaste nécrose, plus souvent en petite quantité parfois il passe seulement quelques particules de matières délayées et des gaz par le périnée (*Hartmann, loc.citat.*). Les urines qui s'écoulent par la verge contiennent des parcelles fécales, le plus souvent en petite quantité.

Le toucher rectal permet de sentir nettement l'orifice fistuleux en général cupuliforme situé au-dessus du sphincter. Il est facile de l'apercevoir au moyen du spéculum ani ou en employant une petite valve de Sims. Les dimensions sont très variables ; parfois grand comme une pièce de 0 fr. 25 et il admet à peine dans un autre cas une sonde de Nélaton n° 15.

La seule autopsie rapportée dans les observations que nous avons pu nous procurer, et faite sur un sujet mort de bronchopneumonie quatre mois après l'intervention, permet de constater l'existence d'un véritable

- cloaque formé par la loge prostatique vide : « La fistule périnéale, et l'urètre très perméable, aboutissent tous les deux dans une cavité ouverte dans le rectum d'une part, dans la vessie de l'autre, cavité qui représente l'ancienne loge prostatique transformée en cloaque ; l'orifice recto-urétro-vésical a le volume du petit doigt. On note la persistance de la paroi supérieure de l'urètre dans sa totalité. » (*Rochet, loc.cit.*).

Verhoogen, dans l'observation d'un de ses prostactomisés, le seul du reste de nos observations qui soit mort de sa fistule, remarque également qu'il existait une sorte de cloaque où se mélangeaient l'urine et les matières fécales.

FISTULES URÉTRO-PÉRINÉALES. — La symptomatologie des fistules urétro-périnéales se résume en un fait : l'écoulement de l'urine par le périnée. Mais cet écoulement est très variable dans ses modalités et son abondance.

Presque toujours la plaie, au lieu de se cicatriser complètement, laisse subsister en un point de celle-ci un petit trajet par où passe l'urine. Nous avons cependant trouvé un cas où la plaie se cicatrisa complètement et la fistule n'apparut que trois mois après l'opération. (*Murphy, obs. xx, loc.cit.*).

Dans la majorité des cas l'écoulement d'urine n'est pas constant et ne se produit que pendant la miction ; ce fait se produit lorsque le malade n'a pas d'incontinence à la suite de l'intervention. Chez d'autres opé-

rés la fistule ne donne que le jour, le malade ne se mouille pas quand il est au lit. Dans ces cas on note de l'incontinence mais dans la station verticale seulement. En général cette incontinence disparaît au bout de peu de temps et ces fistules rentrent dans la catégorie précédente. Dans des cas beaucoup plus rares l'écoulement est continu soit qu'il y ait incontinence totale, soit que la fistule soit vésico-périnéale.

La quantité d'urine rendue par le périné est le plus souvent très faible. Dans seize de nos observations la fistule périnéale est qualifiée de petite fistule, fistulette, de la grosseur d'une aiguille à tricoter, laissant passer un peu d'urine, quelques gouttes pendant la miction. Parfois la fistule est intermittente ; elle se ferme pendant un certain temps puis donne quelques gouttes d'urines pendant plusieurs jours, puis se ferme de nouveau jusqu'à ce que l'occlusion définitive se produise. Nous avons relevé quatre de ces cas. Il s'agissait de petites fistules dont l'une s'était manifestée trois mois après l'intervention. M. André, à qui appartiennent deux de ces cas, note que la fistule était peu gênante au dire des malades.

Si donc la fistule uréthro-rectale nous apparaît comme une complication grave, non pas tant pour la vie du malade, rarement compromise, que par l'infirmité répugnante qu'elle constitue, il n'en va pas de même pour la fistule uréthro-périnéale. Celle-ci est dans la majorité des cas discrète dans ses symptômes et, en somme, peu gênante. On ne saurait, croyons-nous,

mettre en la balance la transformation complète de l'état général que vient apporter la prostatectomie à ces malades, qui, nous l'avons vu, sont presque tous dans un état grave avec le risque de subir cet inconvénient presque toujours peu durable ainsi que nous le montrerons dans le chapitre suivant.

EVOLUTION

FISTULES URÉTRO-RECTALES. — Certaines de ces fistules furent laissées à elles-mêmes, d'autres furent opérées, sur plusieurs les renseignements manquent, le malade ayant été, à un moment donné, perdu de vue par le chirurgien. Peut-être certaines de ces fistules non opérées se guérissent-elles au bout de longs mois ? Plusieurs en effet étaient en voie d'amélioration au moment où les renseignements nous font défaut. Nous n'avons relevé qu'un seul cas où la fistule disparut spontanément et rapidement : Il s'agit du deuxième opéré de M. Raffin cité dans la thèse de Toro (1). Le rectum avait été aminci pendant l'opération et il se produisit une fistule rectale quelques jours après, mais elle ne donna que peu de jours et n'a pas laissé de traces.

Huit fistules uréthro-rectales ne furent pas opérées. Parmi ces cas un malade de Hartmann (*loc.cit.*) possédait encore sa fistule par laquelle passait un peu de matières et des gaz trois ans après la prostatectomie.

Dans une observation de M. Albarran (2), le périnée

(1) Toro, Thèse de Paris, 1906.

(2) In Thèse de Petit (Obs. III). Paris 1902.

du malade était fermé, mais il subsistait une fistule recto-urétrale plus de huit mois après l'intervention. Un malade de Raffin (*loc.cit*) pissait par l'anus dix mois après la prostatectomie. Un malade de Rochel opéré par M. Patel meurt de bronch-pneumonie quatre mois après l'opération, il possédait toujours sa fistule.

La fistule de l'obs. iv de Loumeau (*loc.cit.*) existait encore, mais en voie d'amélioration, au bout de cinq mois. Celle de l'obs. vii du même persistait au bout de quatre mois, mais en s'atténuant progressivement. Un malade de Verhoogen (*loc.citat.*) voit son périnée se fermer au bout de quatre mois, mais il subsiste une fistule uréthro-rectale. Enfin dans un cas de Dorst (1) la fistule existait encore au bout de vingt mois.

D'autre part huit fistules uréthro-rectales furent réopérées, quelques-uns plusieurs fois. Sur ces huit opérations nous relevons quatre échecs et quatre guérisons.

Dans le premier ordre de faits le malade de M. Desnos est réopéré quatre mois après la prostatectomie, mais quatre jours après, à l'occasion d'une selle, la suture lâche et les matières repassent par la plaie. La fistule s'améliore cependant et ce malade est maintenant guéri sans qu'on ait pu savoir si ce résultat est spontané ou dû à une nouvelle intervention. Un malade de M. Pousson est réopéré par M. Chavannaz deux mois après la première opération, sans résultat, car cinq jours après les matières passaient de nouveau

(1) Association Française d'Urologie, 1903.

par la plaie. Un malade de Mariachess (1) fut réopéré deux fois sans succès. Enfin un malade de Verhoogen présentait malgré plusieurs tentatives de débridement et de sutures une sorte de cloaque où se mélangeaient les urines et les matières ; il se cachectisa et succomba un an après la prostatectomie.

Quatre opérations furent suivies de succès et la fistule définitivement fermée : l'une au bout de six mois (Pauchet), une autre au bout de huit mois (Murphy), enfin dans deux autres cas la date de l'opération n'est pas précisée (*Morton-Jeannel*).

FISTULES URÉTRO-PÉRINÉALES. — Dans vingt-cinq de ces cas aucune réintervention n'est signalée ; voici quelle fut leur évolution : Cinq malades étaient guéris au bout de trois mois. Le malade de l'observation v de Pauchet garde sa fistule trois mois. Celui de l'observation iii, du même, deux mois et demi seulement. Le malade de l'observation xiv de Rochet ne garde également sa fistule que trois mois ; celui de l'observation xviii de même, et encore le dernier mois il n'existait plus qu'une petite fistulette insignifiante ; celui de l'observation xx garde une fistule de la grosseur d'une aiguille à tricoter pendant trois mois. Deux cas de Castano (*loc.cit.*) sont signalés comme guéris par la dilatation sans indication de temps. Un cas de Leguen (2) est noté comme guéri. Le premier opéré de

(1) Ass. Franç. d'Urologie, 1903.

(2) *id.*

Reynès voit sa fistule se fermer au dixième mois. Un malade de Rochet est guéri au bout de sept mois.

Plusieurs observations s'arrêtent avant que la guérison ait pu être notée : l'obs. xxix de Murphy mentionne l'existence au troisième mois d'une petite fistule périnéale ; l'obs. xlv du même, un petite fistule par laquelle passe encore l'urine au quatrième mois ; il en est de même dans les obs. xxx et xlvii. Le malade de l'obs. xxvii possède encore au cinquième mois une petite fistule laissant couler un peu d'urine pendant la miction ; celui de l'obs. xlix perd quelques gouttes d'urine par le périnée pendant la miction dix mois après l'intervention. Un malade d'André conservait sa fistule un an après la prostatectomie ; un second huit mois, un dernier quinze mois ; la fistule de ces deux derniers malades est notée comme intermittente et peu gênante. Enfin la fistule d'un opéré de Hogge persistait encore, mais intermittente, quinze mois après l'opération.

Dix fistules uréthro-périnéales ont donc guéri sans opération. Cinq disparurent en trois mois. Trois guérissent sans que nous sachions la date de leur guérison. Une fistule mit sept mois à se guérir, une dernière dix mois.

Un certain nombre de fistules ne sont pas signalées comme guéries dans les observations, mais celles-ci s'arrêtent dans deux cas au troisième mois, dans trois cas au quatrième. Une opération de Pauchet est signalée comme très récente. Or, la plupart de ces fistules

étaient peu importante, la plupart de ces malades ont dû guérir spontanément. D'autres observations s'arrêtent une au cinquième mois, une au septième, une autre au huitième, une au dixième, une encore au quatorzième mois et enfin deux s'arrêtent au quinzième mois. Nous avons vu que certaines fistules se sont guéries tardivement, il est donc probable que quelques-uns encore de ces cas devraient être ajoutés aux guérisons.

Cinq fistules uréthro-périnéales furent opérées et toutes avec succès : l'une, de Raffin, fut opérée onze mois après la prostatectomie, une autre du même chirurgien deux mois après. Une fistule de Verhoogen est opérée au sixième mois. Un cas de Murphy est traité opératoirement au cinquième mois. Un cas de Cautermann est également opéré.

Il apparaît en somme, de l'examen de ces observations, que les fistules uréthro-rectales n'ont que bien peu de tendances à la guérison sans nouvelles interventions. Leur évolution est en tout cas fort longue, quoique bien exceptionnellement fatale. Les opérations qui se proposent leur fermeture sont souvent notées comme difficiles par d'habiles chirurgiens et restent parfois infructueuses.

Il est loin d'en être ainsi pour les fistules périnéales. Beaucoup de ces dernières guérissent rapidement sans intervention sanglante. Certaines d'entre elles, même, disparues en moins de trois mois, nous semblent à peine pouvoir être considérées comme une véritable

séquelle de la prostatectomie. Enfin toutes ces fistules opérées l'ont été avec un plein succès.

Le pronostic découle immédiatement de ces faits. On ne pourra guère faire espérer à un malade la fermeture de sa fistule uréthro-rectale sans intervention ; on ne pourra même lui promettre qu'une opération la fermera à coup sûr. Nous croyons au contraire qu'on est autorisé à porter un pronostic très favorable lorsqu'il s'agit d'une fistule uréthro-périnéale, surtout lorsqu'elle est encore récente, peu importante, chez un malade en bon état général ; dans ces cas la guérison peut être considérée comme la règle. Lorsqu'il s'agit d'une fistule plus considérable, plus ancienne, on peut annoncer comme très probable sa guérison par une **intervention**.

TRAITEMENT

Avant d'aborder le traitement proprement dit des fistules urinaires, nous devons tout d'abord dire un mot des soins préopératoires qui doivent être donnés au malade et qui ont une grande importance au point de vue spécial de la formation de ces fistules. Nous avons vu que les malades en mauvais état général, infectés, étaient particulièrement exposés à cette complication. On devra donc combattre cette infection par les moyens habituels, lavage, sonde à demeure. « Le malade devra être préparé comme pour une lithotritie (Proust) » L'état de l'urètre devra être vérifié. Les rétrécissements seront dilatés ou incisés. Le canal doit être large et régulier autant que possible. On assurera avant l'opération la vacuité du rectum. « Le mieux est de purger le malade et de le lavementer deux jours avant l'opération. Puis la veille on le constipe fortement et le matin même on fait un lavage rectal au doigt, on s'assure ainsi que l'ampoule est bien vide et on l'aseptise autant que possible (1) ».

FISTULES URÉTRO-RECTALES. — Nous rechercherons d'abord quels sont les moyens qui, outre les soins

(1) Proust, Traitement de l'hyperthrophie prost. par la protatect.

généraux indiqués ci-dessous, permettent d'éviter leurs deux causes : la blessure du rectum et le sphacèle de cet organe.

Nous n'avons pas ici à décrire la technique de la prostatectomie périnéale, nous nous occuperons cependant du temps principal, à notre point de vue spécial, de cette opération : le décollement recto-prostatique. C'est en effet à une mauvaise exécution de ce temps opératoire que sont dues les fistules uréthro-rectales, soit que le rectum eut été déchiré, soit que le décollement, se passant dans la paroi musculaire de cet organe, l'ait dénudé et provoqué son sphacèle.

Proust et Gosset ont appelé le muscle recto-urétral de Roux, la clef de l'espace décollable ; de la reconnaissance et de la section méthodique de cette bandelette musculaire dépend en effet la pénétration entre les deux feuillets accolés de la pseudo aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers. Ce muscle attire en avant la paroi antérieure du rectum présentant en quelque sorte celle-ci au bistouri, surtout, fait remarquer M. Desnos (1) chez le vieillard, dont le rectum, très flasque, vient coiffer le bulbe et s'accoler à l'urètre.

Nous empruntons la description de ce temps opératoire à M. Proust (2) en indiquant seulement le premier temps.

Premier temps. — Incision cutanée bi-ischiatique

(1) Desnos et Minet, *Traité des maladies des voies urinaires*.

(2) Proust (*loc. cit.*).

concave en arrière, passant à 2 centimètres en avant de l'anus. Découverte et section du raphé-périnéal superficiel. Isolement et relèvement du bulbe.

Deuxième temps. — Isolement des releveurs, découverte du muscle recto-urétral. — « On voit sur la ligne médiane une paroi régulière ; sur les côtés deux faisceaux musculaires antéro-postérieurs. En tirant fortement la lèvre postérieure de l'incision, on met mieux ces détails en évidence ; la bande médiane c'est la portion périnéale du rectum se continuant directement avec le muscle uréthro-rectal, les faisceaux musculaires sont les faisceaux antérieurs des releveurs... Il faut aller de suite à ces releveurs et de la sonde cannelée ou du doigt, isoler leur bord interne. On l'isole d'abord en avant au contact de l'arcade périnéale, puis, revenant en arrière, on achève de le séparer sur toute sa longueur. On a ainsi deux lames sagittales libres entre lesquelles subsiste une formation caractéristique. Il faut voir cette disposition au cours de l'intervention, mais savoir qu'à ce moment il est encore trop tôt pour chercher à décoller le rectum au doigt ; il faut auparavant sectionner le muscle recto-urétral, qui est la clef de l'espace décollable. La section doit passer exactement au bord postérieur de l'aponévrose moyenne, par conséquent sur le prolongement des arcades périnéales ; elle se trouve être ainsi immédiatement au contact de l'urètre : si le canal est rendu saillant par le cathéter, rien n'est plus simple que de passer au ras de sa face postérieure. »

Troisième temps. — Ouverture de l'espace décollable recto-pristatique. — « Le muscle recto-urétral étant divisé, l'anus se mobilise, entraînant en arrière avec lui, à la manière d'un tiroir qu'on ouvre, cette échancrure en fer à cheval formée par les releveurs. L'espace décollable apparaît, deux coups de doigt, il est béant. On y voit la face du rectum, non plus dépolie comme tout à l'heure, mais luisante et pour ainsi dire flottante. Cette différence d'aspect des deux parois antérieures du rectum est caractéristique. »

Nous lisons d'autre part, dans Pierre Duval (1) : « La pénétration dans l'espace décollable est le point capital de la découverte de la prostate. La clef de cet espace est la bandelette recto-urétrale ; sitôt qu'elle est coupée, l'espace est ouvert. Le témoignage que le décollement a été opéré en bon plan est l'aspect lisse, comme séreux, du rectum et de la glande. Si la face rectale n'a pas cet aspect lisse et si le décollement ne se fait pas bien, c'est que la manœuvre se passe en pleine paroi rectale ; il faut donc immédiatement se reporter en avant. »

Nous avons vu que, dans certains cas, l'espace décollable était détruit par des adhérences recto-prostatiques dues à des opérations antérieures sur la prostate. Les antécédents du malade feront pressentir ces modifications anatomiques. Un procédé indiqué par M. Desnos permet d'éviter la blessure du rectum : la main gauche

(1) Pierre Duval. *Chirurgie de l'appareil urinaire et génit. de l'homme.*

est gantée et l'index introduit dans le rectum, comme dans l'opération de Freyer, permettant ainsi de le repérer constamment au cours de la dissection. Notons enfin que deux fois la valve à fixation automatique fut coupable de la déchirure ; on devra donc procéder à sa mise en place avec prudence et douceur.

Lorsque, malgré toutes les précautions employées, la blessure rectale est produite, il faut la suturer immédiatement. Nous n'avons relevé que trois cas où la suture rectale ait empêché la production consécutive d'une fistule. On n'en devra pas moins faire autant de points qu'il sera nécessaire, au catgut n° 1, en tâchant d'adosser des surfaces et non des lignes. Dans bien des cas, la suture lâchera, toujours au moment de la première selle. Il faudra donc tâcher d'obtenir la constipation le plus longtemps possible, par un régime et des médicaments appropriés.

Quand la fistule rectale est constituée, il faudra la traiter opératoirement. Les autres moyens : sonde à demeure, dilatation, peuvent être essayés ; nous n'avons pas trouvé, dans nos vingt et une observations, un seul cas de guérison par eux seuls.

Plusieurs procédés peuvent être employés :

1° La simple séparation des deux orifices fistuleux sans suture. Ce procédé a donné un succès à Pauchet ;

2° Le procédé autoplastique, analogue à celui qu'on emploie pour la cure des fistules vésico-vaginales. Il a été employé avec difficulté mais succès par Jeannel ;

3° La séparation des deux orifices rectal et urétral de la fistule et la suture du rectum et, si possible, de l'urètre ;

4° La suture du rectum accompagnée de la torsion de cet organe a donné un succès à Murphy ;

5° Enfin, on peut appliquer le procédé de Segond pour les fistules recto-vaginales.

I. Procédé d'Astley Cooper. — Les mêmes soins préparatoires que pour la prostatectomie sont donnés au malade. — Position de la taille. Incision cutanée bischiatique. — Dissection de la paroi antérieure du rectum jusqu'au-dessus de l'orifice fistuleux. Ce temps se passant en plein tissu de cicatrice, est ordinairement très pénible. Il faut éviter à tout prix une nouvelle blessure du rectum. On pourra s'aider, comme nous l'avons dit pour la prostatectomie, de l'index gauche ganté introduit dans le rectum. La plaie périnéale est remplie de gaze, de façon à obtenir la cicatrisation par bourgeonnement de la profondeur vers la superficie. La sonde, introduite préalablement dans l'urètre, est laissée à demeure. Le tissu fibreux aura été excisé soigneusement pendant l'opération.

II. Le procédé par suture comprend les mêmes temps que précédemment. Il s'accompagne de l'avivement infundibuliforme des bords de la fistule, de façon à ce que la suture adosse des surfaces, suivie de suture au catgut.

IV. A cette opération, on peut ajouter la torsion du rectum, de façon à détruire le parallélisme des deux orifices fistuleux. Murphy a, dans un cas, employé ce procédé avec suture de la plaie urétrale et réparation immédiate du périnée par des points profonds. La fistule rectale a été définitivement fermée, mais il passait quelques gouttes d'urine par le périnée.

V. Dans des cas graves avec large déchirure rectale, on peut employer la dissection de la paroi rectale suivie de son abaissement intra-sphinctérien, jusqu'à ce que la perforation corresponde à l'incision périnéale, resection du rectum à ce niveau et suture circulaire à la peau.

« Dans les cas rebelles et dans tous ceux où les lésions sont étendues et rendent le succès douteux on n'hésitera pas à recourir à un moyen adjuvant qui consiste à pratiquer une cystostomie hypogastrique et à laisser la vessie ouverte jusqu'à cicatrisation. » (1)

Quand devra-t-on intervenir ? Le moment de l'intervention a été très variable dans les observations que nous avons étudié et on ne peut en tirer d'indication. Tout dépend, croyons-nous, de l'état général du malade et de la vitalité de ses tissus. Si ceux-ci sont peu vivaces, la suture faite en tissus friables lâchera, les lambeaux ne se souderont pas. On ne saurait donc fixer de date optima pour l'occlusion de ces fistules, chaque cas particulier présente ses indications propres.

(1) Desnos et Minet. *Traité des maladies des voies urinaires*.

FISTULES URÉTRO-PÉRINÉALES. — Nous avons signalé au début de ce chapitre les soins préparatoires à prendre contre l'infection, cause la plus fréquente de ces fistules, ainsi que de la préparation de l'urètre. Outre ces précautions, certains détails de technique opératoire ont aussi leur importance pour la prophylaxie de ces fistules.

Nous avons cité certains cas dans lesquels la fistule uréthro-périnéale avait été entretenue par des brides cicatricielles et des déviations du canal. Ces faits se produisent lorsque l'urètre prostatique a été déchiqueté irrégulièrement au cours de l'intervention. On devra donc s'attacher à ménager soigneusement les parois latérales du canal pendant son isolement d'avec la prostate : « C'est le point capital pour éviter les déviations ou les brides ultérieures du canal. (1) » Le progrès de technique apporté par l'hémisection systématique de la prostate et l'introduction du doigt dans l'urètre est venue faciliter ce temps. Nous avons dit, à propos de l'étiologie, que les lambeaux exubérants de l'urètre prostatique dilatée pouvaient être une cause de fistule uréthro-périnéale. Ils devront être soigneusement réséqués, ainsi que le recommande M. Albarran. On n'en laissera que ce qu'il est nécessaire pour recouvrir facilement la sonde urétrale.

Une fois établies, certaines de ces fistules uréthro-périnéales peuvent guérir par des moyens de petite chirurgie sans nécessiter de nouvelle intervention. La

(1) Pierre Duval (loc.-cit.).

sonde à demeure, la dilatation par des Beniqués, la thermocautérisation ont été employées avec succès dans plusieurs des cas que nous avons recueillis, seuls ou combinés à d'autres procédés.

La dilatation simple a donné des succès à Castano, Rochet, Pauchet. Elle agit en effaçant les brides et les irrégularités urétrales et en donnant un cours large et régulier aux urines.

La thermocautérisation du trajet fistuleux combinée à la sonde à demeure a donné un succès à Raffin. M. Albarron conseille d'employer de préférence l'anse galvanique : « Avec le galvano-cautère, on cautérise profondément jusqu'à l'urètre le trajet fistuleux et on laisse une sonde à demeure jusqu'à ce que l'escarre soit tombée et que la fistule paraisse fermée, ce qui demande une quinzaine de jours. Du premier coup, on peut réussir, parfois on ne réussit que partiellement, et il faut quelque temps après refaire une nouvelle cautérisation. (1) »

Enfin les fistules uréthro-périnéales peuvent être fermées par le bistouri. Le périnée peut être refermé par des points profonds, ainsi que l'a fait Murphy dans un de ses cas, avec succès, soit rempli de gaze. Une sonde a été préalablement placée dans l'urètre, elle est laissée à demeure.

Dans les cas où des brides de tissu cicatricielles s'opposent à la périnéabilité de l'urètre, elles sont

(1) Albarran. *Traité de médecine opératoire des voies urinaires*.

incisées. Dans un de ces cas, M. Rochet a incisé de nouveau le périnée sous anesthésie générale, après avoir placé dans l'urètre un cathéter métallique, il détruisit le pont fibreux qui obstruait la lumière de l'urètre. Une sonde à demeure fut placée dans l'urètre, pénétrant presque dans la vessie. Elle fut enlevée au bout de quelques jours et la fistule guérit. M. Raffin a employé avec succès le même procédé dans un cas analogue.

On s'adressera d'abord aux procédés les plus simples : sonde à demeure, dilatation, thermocautérisation; ils suffiront le plus souvent à fermer la fistule.

Dans les cas rebelles, les procédés sanglants viennent presque à coup sûr procurer l'occlusion définitive de ces fistules. Sur cinq opérations, nous relevons en effet cinq succès.

II. FISTULES URINAIRES CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE TRANSVÉSICALE

FREQUENCE

Dans cette seconde partie de notre travail, nous n'aurons à nous occuper que d'une seule catégorie de fistules urinaires, les fistules vésico-cutanées ; nous n'avons pas trouvé signalé un seul cas de fistule vésico-rectale à la suite de la prostatectomie suspubienne.

Nous avons examiné 480 observations de prostatectomie hypogastrique ; nous n'avons pu relever que 6 fistules persistantes. C'est donc une proportion de 1,2 pour 100. Encore deux de ces fistules sont-elles la suite de prostatectomies incomplètes et n'incombent pas à l'opération de Freyer. Si l'on considère seulement les suites de cette dernière opération le pourcentage tombe à 0,8 pour 100.

A la lecture des observations nous avons au contraire été frappé de la rapidité de la fermeture de la plaie opératoire. Sur les 216 observations de Freyer que nous avons parcouru nous n'avons trouvé qu'un cas où la

plaie mit plusieurs mois à se fermer. Ce chirurgien mentionne souvent la guérison de la plaie opératoire en quinze jours. La moyenne de l'occlusion définitive se tient entre quinze jours et un mois (1).

Mohynian (2) a vu dans presque tous les cas la plaie fermée au bout de la troisième semaine où occasionnellement à la fin de la quatrième, jamais elle n'a duré jusqu'à la cinquième.

Proust (*loc.cit.*) parlant des complications de la prostatectomie hypogastrique, dit que la persistance d'une fistule n'a été que très rarement observée. « Des fistules hypogastriques ont été observées, elles sont très rares. » (*Desnos, loc.cit.*). Nous lisons cependant dans le Traité de Médecine opératoire de M. Albarran : « Les fistules hypogastriques, après la prostatectomie transvésicale sont fréquentes, surtout lorsque l'opérateur, pour éviter l'infection périvésicale, fixe la vessie aux muscles, ou lorsqu'il fait une véritable cystostomie. »

Nous croyons qu'il faut en effet distinguer entre un léger retard de consolidation de la plaie opératoire, cas qu'envisage M. Albarran, puisqu'il recommande de fermer ces fistules au vingt-cinquième jour, et les fistules persistantes, durant plusieurs mois. Nous ne croyons pas qu'on puisse considérer l'écoulement de

(1) *British Medical Journal*, 1901, 1902, 1903, et *Lancet*, July 1904. — *British Med. Journ.*, May 1905.

(2) *Annales of Surgery* January 1904.

l'urine par l'hypogastre pendant moins de deux mois comme une complication, comme une séquelle de la prostatectomie ; ce n'est qu'une suite opératoire un peu prolongée.

ETIOLOGIE

Le petit nombre des faits recueillis ne nous permet pas d'être bien affirmatif sur les causes qui ont pu empêcher l'occlusion complète de la plaie opératoire. Nous retrouvons cependant les mêmes faits que nous avons déjà signalés à propos de l'étiologie des fistules urinaires consécutives à la prostatectomie périnéale : Premièrement le mauvais état général des malades et l'infection de leurs urines ; deuxièmement le rétrécissement post-opératoire du canal et enfin un fait spécial appelé du reste à devenir de plus en plus exceptionnel, l'ablation incomplète de la prostate.

Sur six malades qui ont souffert d'une fistule hypogastrique, trois étaient infectés : Un malade de M. Hartmann (1) avait de la cystite avant son opération ; durant les trois jours qui suivirent celle-ci il fit de la température. Un malade de Murphy (*loc.cit.*) présentait des urines alcalines et troubles. Après l'opération il fit un peu de cellulite ; en outre, dans un autre ordre d'idées, l'urètre prostatique avait été arraché. Un malade de M. Bazy (2) présentait des urines fétides depuis longtemps.

(1) In Thèse de Boulounneix. Thèse de Paris, 1905-06.

(2) Société de chirurgie, 1906.

Un malade de M. Pauchet (3) qui, du reste, fit toutes les complications possibles après son opération, fistule, éventration, abcès de la paroi, orchite, et jusqu'à une attaque de ramollissement cérébral, présentait un rétrécissement post-opératoire de son canal, le seul qu'ait vu ce chirurgien sur ses cinquante prostatectomies hypogastriques ; le seul également que nous ayons trouvé mentionné dans les observations. Nous n'avons trouvé signalé que des déviations du canal ne gênant pas le cathétrisme et n'ayant point entraîné de fistule.

Enfin dans certains cas la prostatectomie avait été incomplète : Un malade d'Adenot (1) avait subi l'excision d'un lobe moyen par l'écraseur de Chassaignac, tout autre moyen d'exérèse étant rendu impossible par l'ankylose d'une des cuisses en flexion ; 25 gr. de tissu prostatique furent enlevés. Une fistulette hypogastrique subsista. Dans le cas de M. Bazy l'absence du plan de clivage avait fait abandonner l'énucléation. La glande fut évidée et la lèvre antérieure de l'incision suturée à la lèvre postérieure. Il subsista une fistule secondaire qui se montra quinze jours après la réunion primitive de la plaie qui avait, du reste, été tardive.

M. Escat, dans son rapport à l'Association française d'Urologie, en 1903, cite des cas de Richardson, dans

(3). Pauchet. *Chirurgie de la prostate*.

(1) Adenot. *Trois cas de prostatectomie*. Société de Chirurgie, 1905.

lesquels ce chirurgien, à la suite de prostatectomies incomplètes, vit la plaie se rouvrir douze mois après l'intervention dans un cas, dans un autre cinq mois après. Enfin dans un cas la prostatectomie fut complétée fort difficilement du reste grâce aux adhérences dues à la précédente opération et la fistule guérit. Ces faits, ajoute M. Escat, prouvent combien l'ablation de la prostate favorise la cicatrisation des fistules suspubiennes.

Il semble en effet que la prostatectomie hypogastrique totale soit, *a priori*, peu favorable à l'entretien de fistules hypogastriques durables. Alors que, à la suite de la prostatectomie périnéale, la persistance plus ou moins longue d'un résidu vésical est assez souvent notée, elle est tout à fait exceptionnelle à la suite de la prostatectomie hypogastrique totale ; la miction se fait facilement et complètement.

Ces fistules ne sont donc pas imputables à la prostatectomie en elle-même, elles sont une complication de la taille vésicale, premier temps de la prostatectomie. Elles se voient à la suite de tailles vésicales pratiquées pour de tout autres motifs. Les faits rapportés par Escat semblent même indiquer qu'elle doit être moins fréquente après la prostatectomie totale qu'après toute autre opération précédée de l'ouverture de la vessie.

SYMPTOMATOLOGIE

Le seul symptôme est en somme l'écoulement de l'urine par l'hypogastre, mais cet écoulement présente des modalités variables avec chaque cas. Peu de temps après l'opération la fistule est en général assez large et laisse passer les majorité des urines ; mais ces fistules tendent à se fermer spontanément, elles se rétrécissent et ne laissent plus passer que quelques gouttes seulement ; ces malades ne se mouillent pas la nuit. L'orifice de la fistule occupe un point de la cicatrice, entouré par des tissus légèrement irrités par le suintement urineux ; il est souvent très petit et n'admet qu'un fin stylet qui pénètre dans la vessie après un court trajet à travers les tissus privésicaux fusionnés par le processus cicatriciel. Dans un cas (*Hartmann, loc.cit.*), il s'était formé une cystostomie idéale par suture de la muqueuse vésicale et de la peau et presque toute l'urine s'écoulait par cet orifice.

De même que certaines fistules uréthro-périnéales, elles furent parfois intermittentes, se fermant pendant quelques jours pour se rouvrir de nouveau, présentant des alternatives de guérison et de rechutes jusqu'à la guérison définitive.

Enfin dans certains cas elles furent secondaires ; la

plaie qui paraissait définitivement close se rouvrait au bout de peu de temps : quinze jours, Bezy, ou très tardivement : un an dans un cas de Richardson. Notons qu'il s'agissait dans ces cas de prostatectomies incomplètes.

EVOLUTION

Parmi les rares cas de fistules hypogastriques que nous avons relevé, quelques-uns furent suivis peu de temps. L'observation d'Hartmann (*loc.cit.*) s'arrête au sixième mois. Il s'était formé une véritable cystotomie, cette fistule cutanéomuqueuse fut opérée au deuxième mois. A sa sortie de l'hôpital, deux mois plus tard, le malade ne perdait plus d'urine par sa fistule, mais elle se rouvrait au bout de dix jours et depuis elle présentait des alternatives de guérison pendant trois ou quatre jours, puis de réouverture. Jamais elle ne donna au lit. L'opéré de Pauchet était complètement guéri quand il fut revu deux ans après l'intervention.

Le malade de Murphy possédait encore une petite fistulette laissant passer l'urine dans la station debout deux mois après la prostatectomie. Le malade d'Adenat présentait une petite fistulette qui ne fut fermée qu'au bout d'un an. Dans le cas de Bazy, la plaie fut longue à se cicatriser, resta fermée quinze jours, puis se rouvrit pendant huit jours et fut fermée définitivement.

Ces fistules tendent donc à se guérir ou tout au moins à s'améliorer spontanément. Elles furent toutes très peu importantes sauf dans un cas où la cystostomie s'était trouvée réalisée. Le dédoublement cutanéomu-

queux fut effectué et la fistule était en bonne voie de guérison au moment où s'arrête l'observation.

Le pronostic d'après ces faits semble devoir être bon, toutefois le petit nombre de ces faits ne nous permet pas d'être concluant.

TRAITEMENT

Ici encore les soins antéopératoires à donner au malade sont importants. L'infection devra être soignée comme pour la prostatectomie périnéale, l'urètre devra être examiné et soigné s'il y a lieu.

Lorsque la plaie opératoire tarde à se fermer, M. Albarran conseille de procéder à son occlusion du vingtième au vingt-cinquième jour : « Si malgré l'emploi de la sonde à demeure la fistule hypogastrique ne se ferme pas, mieux vaut ne pas trop attendre et fermer chirurgicalement l'orifice vésical. Avec la simple anesthésie locale à la cocaïne on peut aisément aviver les bords de la plaie, suturer d'abord la vessie, puis la paroi. Pendant dix jours on laissera encore à demeure une sonde de de Pezzer, de préférence. On jugera dans chaque cas de l'époque à laquelle il convient de pratiquer cette intervention secondaire. D'une manière générale on ne gagne rien à trop attendre et l'on pourra fermer la fistule vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour. » (1).

Pauchet emploie pour la fermeture de ces fistules la technique suivante (2) : « Anesthésie locale à la

(1) Albarran (loc. cit.).

(2) Pauchet (loc.-cit.).

cocaïne ; dissection du trajet de la fistule ; libération ; décollement de la paroi antérieure de la vessie sur la largeur d'une pièce de 5 francs. Suture au catgut de la vessie (trois ou quatre points séparés non perforants) ; suture des muscles droits et de la peau par deux ou trois points séparés au crin. Sonde Nélaton à demeure renouvelée tous les jours pendant dix jours. Après dix jours suppression de la sonde et des crins.»

Des moyens simples peuvent amener la fermeture de certaines de ces fistules sans intervention. La sonde à demeure est le premier à employer, elle a donné un succès en huit jours à M. Bazy.

La dilatation peut être utilisée ainsi que pour les fistules uréthro-périnéales ; elle est tout indiquée dans les cas où il y aurait un rétrécissement post-opératoire du canal. La thermocautérisation ou la galvanocautérisation peuvent ici encore être employées. La première a donné un succès à Adenot.

OBSERVATIONS

Né pouvant réunir ici cinquante-sept observations, nous nous bornerons à reproduire quelques-unes de celles qui nous ont semblé les plus caractéristiques pour chaque genre de fistule urinaires.

OBSERVATION I

Dr DESNOS (*inédite*)

M. Ch... 62 ans. — Symptômes de prostatisme depuis cinq ou six ans : rétention incomplète depuis trois ans, augmentée progressivement depuis ce temps, des traitements nombreux (lavages, instillations) ont été, les uns mal conduits pour ce qui est de l'infection, les autres l'ont amélioré, mais elle existe et persiste depuis au moins deux ans. A plusieurs reprises des crises de rétention ont éclaté, nécessitant des cathétérismes d'urgence souvent difficiles. Prostate de volume d'une mandarine, assez saillante dans le rectum, lisse, régulière, non douloureuse ; cathétérisme assez facile. Rétention : 200 gr. environ d'urines un peu louches. Au cystoscope, saillie prostatique médiane ; colonnes énormes ; desquamation.

Pendant trois mois, poussées de congestion prostatique amenant de la rétention complète. Une dernière crise après laquelle le cathétérisme a présenté de grandes difficultés décide le malade à la prostatectomie.

Le 3 juillet 1903 : Prostatectomie périnéale. Incision prérectale d'un ischion à l'autre. Aucun incident si ce n'est un saignement abondant. Le releveur est mis à découvert, ses bords écartés et l'espace prérectal assez facilement parcouru, quoique les adhérences fussent assez solides. La prostate est mise à découvert. Le pupitre d'Albarran est installé sous le bassin, puis on cherche à placer la grande valve au devant du rectum pour la fixer après au pupitre. Les bords des releveurs apportent une certaine résistance, mais sont franchis ; mais pendant les manœuvres nécessaires pour fixer la valve au pupitre on voit tout à coup une large déchirure se produire sur la paroi du rectum. Cet intestin étant vide on procède aussitôt à la suture de la paroi ; une douzaine de points sont nécessaires, mais paraissent bien assurer la réunion. L'ablation de la prostate est alors effectuée sans incidents en deux moitiés sans qu'une saillie intra-vésicale oblige à des manœuvres prolongées.

Un drain vésico-périnéal est fixé et fonctionne parfaitement. Un point de suture rapproche les lambeaux de l'urètre. Une mèche de gaze forme un tamponnement très lâche dans l'espace prérectal et est retiré le troisième jour.

Pendant les quatre premiers jours aucun incident ne se produit, mais au cinquième, malgré toutes les précautions prises pour constiper le malade, une garde-robe se produit, le malade fait des efforts et la suture se désunit ; toute la plaie se remplit de matières fécales. La rupture a sans doute été totale car pendant plus de quinze jours presque toutes les matières passent par la plaie périnéale.

Par contre une sonde placée dans l'urètre amène au dehors presque toute l'urine dont aucune partie ne semble passer par la plaie. Le 18 juillet un peu de matière fécale passe par l'anus et très rapidement, en une semaine environ, la plus grande partie est évacuée par la voie naturelle ; néanmoins la plaie périnéale est toujours souillée et la sonde en porte les traces au niveau de la prostate chaque fois qu'on la retire. Au 30 septembre, la plaie périnéale est réduite à un trajet gros comme une plume d'oie ; les matières n'y passent plus, mais on en trouve souvent un peu dans l'urètre. Quand on laisse le malade sans sonde l'urine s'écoule par le périné et le rectum. A la fin de novembre la situation est sensiblement la même quoique l'issue anormale des matières ait beaucoup diminué.

30 novembre : on tente l'ablation de la fistule. Incision prérectale, décollement du rectum jusqu'au niveau et au delà de l'orifice fistuleux au milieu d'un tissu fibreux très serré et peu vivace. Avivement et suture des bords de la fistule rectale ; la friabilité des bords de la fistule urétro-prostatique fait renoncer à la réunion. Pendant trois jours tout se passe bien, puis au quatrième, au moment de la première garde-robe, les matières passent de nouveau par la plaie périnéale. Celle-ci se comble peu à peu mais les matières y passent encore jusqu'au mois d'avril 1904. A ce moment oblitération spontanée de la fistule périnéale ; mais l'orifice uréthro-rectal persiste ; plus de matières par l'urètre, mais un écoulement d'urine par l'anus pendant la miction dès qu'on retire la sonde à demeure.

Le malade fut perdu de vue en juillet 1904.

J'ai appris quelque temps après qu'il était guéri sans savoir si c'est spontanément ou après une nouvelle intervention.

OBSERVATION II

MORTON, *Médical Record* 1904, obs. VI (abrégée)

J. D., 67 ans, laboureur. — Depuis sept ans le jet diminue de force et il présente du tenesme en urinant. Plusieurs attaques de rétention, la dernière en mai 1899, pour laquelle il entre à l'hôpital. Hypertrophie des deux lobes prostatiques et lobe médian vu au cystoscope. Opération de Bottini le 15 mai. La rétention complète n'est pas améliorée et une aggravation de la cystite s'ensuit nécessitant une urétrotomie externe pour drainer la vessie. La palpation pratiquée au moyen d'un doigt introduit dans le rectum et d'un doigt passé à travers l'incision urétrale faisait sentir les incisions dues au Bottini et le peu d'épaisseur de tissu les séparait du rectum. La perte de tonicité de la vessie explique l'insuccès apparent du Bottini. Depuis l'opération, en effet, un passage libre s'est ouvert aux urines. Drainage pendant un mois. En juin 1903 le malade revient à l'hôpital, l'urine est sanglante depuis un mois, la vessie irritable et le malade se sonde toutes les deux heures.

Le 2 juillet : Prostatectomie périnéale. Prostate très difficile à énucléer étant très fortement adhérente à la capsule et durant l'énucléation une blessure du rectum se produisit et fut immédiatement recousue. La convalescence fut normale, mais la blessure du rectum ne se cicatrisa pas et le malade quitta l'hôpital avec une fistule uréthro-rectale. Le malade alla à New-York dernièrement où sa fistule fut opérée et fermée par le docteur O. J. Tuttle.

OBSERVATION III

MURPHY, *Journal of Americ. Medic. Associat* 1904

(Obs. XLI) (abrégée)

J. M. H., 63 ans. — Entre à Mercy's Hospital en 1903. Prostatisme depuis deux ans. Urine sept à huit fois par jour, mais seulement deux fois la nuit. Rétention aiguë il y a cinq jours. Cathétérisme. Etat général : mal nourri et anémique. Prostate modérément grosse.

Prostatectomie périnéale le 19 septembre 1903, suivant la technique habituelle. Le drain est enlevé de la vessie le 21 septembre. Le 29 septembre l'examen de la plaie montre qu'il y passe quelque peu de matière fécale. Le 30 septembre il y avait beaucoup de sang épanché autour de la plaie, résultat du processus de nécrose dans la paroi antérieure du rectum. Le 20 octobre, le patient rend du sang par l'urètre et dans ces derniers jours il a une hémorragie profuse par la plaie. Chlorure de calcium et adrénaline.

Le patient quitte l'hôpital en novembre 1903 avec une plaie périnéale non complètement fermée et une petite fistule uréthro-rectale. Beaucoup d'urine s'échappe pendant la miction par le rectum et le périnée.

Avril 1904. La plaie est cicatrisée, le malade urine en partie par la verge en partie par le rectum, à travers sa fistule.

Opération de la fistule uréthro-rectale le 7 mai 1904. Le trajet fistuleux entier est disséqué et l'ouverture dans le rectum et l'urètre formée par plusieurs points séparés au calgut et par retournement des lèvres de la plaie. (Il s'agit ici probablement d'une torsion du rectum détruisant le pa-

rallélisme des deux orifices fistuleux). Le périnée est complètement réparé par des points profonds au catgut. Sonde à demeure. Le malade quitte l'hôpital avec sa fistule rectale entièrement close et presque toute l'urine passe par l'urètre antérieur. Pas d'incontinence, quelques gouttes par le périnée pendant la miction.

OBSERVATION IV

LOUMEAU, *Assoc. Franc. d'Urolog.* 1902, *obs.* iv

Prostatique de 70 ans, très affaibli. Précédemment taille hypogastrique pour calculs vésicaux. Hypertrophie prostatique de petit volume (13 gr.) avec prostatite interstitielle chronique, rétention incomplète datant du quatre mois. Infection urinaire et calcul secondaire.

Opération le 18 mai 1903. Prostatectomie périnéale ; ablation du calcul ; drainage vésico-urétral ; résection inguinale des deux déférents ; ablation d'un névrôme de la région hypothériar droite datant de quarante ans. Suites opératoires. Apparition au huitième jour d'une fistule uréthrorectale et d'un nouveau calcul phosphatique seulement lithotritié.

Actuellement, cinq mois après l'opération, pas de résidu. Un peu d'infection. La fistule urointestinale persiste en s'atténuant progressivement.

OBSERVATION V

J. MURPHY. *Journ. of Americ. Medec. Associat.* 19004.

Obs. xxx

S. W, 75 ans, entre à Mercy's Hospital le 23 avril 1902. Pollakiurie depuis un an et demi. Douleurs. Se sonde

journellement depuis quinze mois. 1.020 grammes d'urine par 24 heures. Densité 1.010. Urines acides, jaunes, troubles. Urée 1,6 pour 100. Un peu d'albumine. Nombreuses cellules du pus. Globules sanguins.

Opération le 25 avril 1903. — Prostatectomie périnéale suivant la technique habituelle.

Le malade quitte l'hôpital en juin 1903.

Août 1903. — Le malade présente une petite fistule uréthro-périnéale. Pas d'incontinence. Miction toutes les 3 heures le jour, toutes les 4 heures la nuit.

OBSERVATION VI

MURPHY, *loc. citat.* Obs. XX (abrégée)

M. J. B., 60 ans, watchman, entre à County Cook Hospital le 20 septembre 1902. Depuis septembre 1901, pollakiurie. Sondage deux fois par jour depuis qu'il est entré à l'hôpital. Vessie distendue au-dessus de la symphyse. Prostate remarquablement grosse. Urines pâles. Densité 1.013. Albumine, pas de sucre.

Opération le 26 septembre 1902. Prostatectomie périnéale technique régulière. Le patient sort le 13 janvier 1903 avec une plaie cicatrisée.

Avril 1903. La plaie s'est rouverte périodiquement depuis sa sortie de l'hôpital, laissant couler un peu d'urine pendant quelques jours, puis se fermant.

Pas d'urine par le périné cette dernière semaine. Pas d'incontinence. Fréquence : tous les 4 heures le jour, toutes les 2 ou 3 heures la nuit. Plus de traces du patient depuis.

OBSERVATION VII

Pollakiurie depuis 12 ans. Cathétérisme à divers intervalles. Prostate modérément grosse, mais très dure. Calcul vésical. Urines nuageuses, albumineuses, un peu sanglantes.

Opération, décembre 1903. — Prostatectomie périnéale technique régulière. On enlève un calcul qui avait ulcéré le bas-fond vésical. Hémorragie profuse. Convalescence normale.

Avril 1904. — Il y a une petite fistule périnéale à travers laquelle passent les urines pendant la miction.

Le 23 mai, la fistule est fermée par dissection du trajet fistulaire et suture des lèvres de la fistule par des points au catgut. Le périnée est réparé par des points profonds.

OBSERVATION VIII

ROCHET. *Lyon Médical*, 1905

X..., âgé de 77 ans, entre, à la fin d'août 1904, dans le service de M. Rochet. En 1903, crises de rétention soignées par des cathétérismes répétés. Il y a quinze mois, rétention absolue. Sondage.

Fièvre, langue rôtie, dyspepsie. Urines louches et sanglantes. Urines albumineuses, avec cylindres, œdème des jambes. Température : 38°5. Phimosi. Circoncision. Sonde à demeure. Lavages. L'état s'aggrave.

Opération le 3 septembre 1904. — Prostatectomie périnéale par M. Gajet, remplaçant M. Rochet. Prostate du volume d'un œuf de dinde, dure et fibreuse. Sonde à demeure et tamponnement périnéal.

Ablation de la sonde le douzième jour. Dilatation aux béniqués.

Le malade sort cinq semaines après son opération, gardant une fistule périnéale et une incontinence diurne qui s'améliore progressivement.

L'état général est transformé, l'appétit revenu, l'albumine disparue.

Le malade est revu sept mois après ; sa fistule vient de se fermer. Il perd une centaine de grammes d'urine par jour et cette quantité diminue de plus en plus.

OBSERVATION IX

PAUCHET. *Assoc. Franç. d'Urol.* 1903

Malade de 68 ans. — Rétention aiguë il y a deux ans. Depuis, cystite. Lavages quotidiens au nitrate. Etat amélioré.

Opération, septembre 1902. — Prostatectomie périnéale. Prostate de 40 gr. difficile à décortiquer. Pendant le morcellement, l'urètre est désorganisé. On enlève par la même voie un calcul gros comme un œuf de poule qui déchire la vessie ; l'urètre prostatique est en partie détruit. Deux points au catgut sur la vessie. Sonde périnéale pendant trois semaines. Sonde urétrale pendant quinze jours. La fistule périnéale met trois mois à se fermer. 50 à 100 gr. de résidu pendant six mois. En octobre 1905, 50 gr. de résidu.

OBSERVATION X (abrégée)

RAFFIN in *Thèse de Piollenc. Lyon*, 1906

L. Lucien, 63 ans. — Entre à l'hôpital Saint-Joseph le 24 février 1904, pour hypertrophie prostatique.

Mictions fréquentes trois fois la nuit, cinq à six fois le jour. Les urines ont l'aspect de la polyurie trouble et sont alcalines. Urètre : une boule n° 18 passe sans donner de sensations de rétrécissement et se trouve arrêtée à l'entrée de la portion membraneuse. Vessie : résidu 200 fr. Purulent, surtout les dernières gouttes, qui sont laiteuses.

Prostate : grosse comme un marron d'Inde, charnue, uniforme.

Etat général assez bon. Constipation habituelle. Le malade refuse la prostatectomie.

Le malade rentre de nouveau à l'hôpital le 10 avril 1905. La prostate est très volumineuse et se termine par un bourrelet très net.

Opération le 15 avril, par M. Raffin. Prostatectomie périnéale. Dès l'incision de la capsule, il s'écoule une grande quantité de pus venant d'une cavité située en arrière de la prostate. Celle-ci, très friable, est enlevée en plusieurs morceaux. Après son ablation, on sent en arrière un tissu très épais constituant la paroi port de l'abcès. Le col de la vessie est ouvert très largement, effondré pour ainsi dire. Hémorragie assez abondante. Drain cysto-périnéal. Mèches, sonde béquille n° 20 à demeure. La prostate pèse 45 gr. ; elle contient dans son épaisseur de nombreux petits fibrômes de la grosseur d'un pois.

Examen histologique. — Adéno-fibrôme en évolution vers l'épithélioma.

Suites opératoires. — Les mèches ont été enlevées le premier jour ; le drain le deuxième ; la sonde est sortie spontanément le cinquième. Toute l'urine passe par la plaie.

15 mai. — Depuis quatre à cinq jours, le malade ne perd plus ses urines par la plaie pendant la nuit, mais il persiste encore une légère incontinence périnéale pendant le jour.

4 juin. — Le malade présente toujours une petite fistule périnéale. Il a eu, ces jours derniers, à différentes reprises, des crises de rétention accompagnées de vives douleurs pendant plusieurs heures.

Aujourd'hui, on débride la fistule. L'incision met à jour un trajet resserré en un point par la cicatrice de la précédente opération. En aval de ce point, la même cicatrice obstrue le canal et explique la formation et la permanence du trajet fistuleux. On a mis une sonde à demeure qui est sortie spontanément au bout de cinq jours, mais aussitôt le malade a uriné en partie par le canal.

18 juillet. — Depuis un mois environ, toute l'urine s'écoule par l'urètre ; elle est limpide : deux mictions la nuit, huit le jour. On passe une sonde conique olivaire n° 20, à frottement un peu dur.

7 mars 1906. — Etat général excellent. Mictions une ou deux fois la nuit, le jour toutes les heures ou toutes les deux heures. Plus d'incontinence nocturne. Pendant le jour, se mouille quelquefois, surtout pendant la marche. Il existe néanmoins de ce côté une amélioration sensible. Capacité vésicale, 250 gr. Résidu, nul. Urines un peu louches, sans sucre ni albumine. Une boule n° 16 donne une sensation nette de rétrécissement au niveau de la cicatrice. Le malade trouve que son jet a une tendance à se rétrécir, et il se passe des bougies du 16 au 22.

Toucher rectal : loge prostatique plate.

OBSERVATION XI

HARTMANN, in *Boulouneix*. Thèse de Paris 1905 (abrégée)

Le nommé Van H. F., 70 ans, entre à Lariboisière le 25 avril 1905 parce qu'il ne peut plus uriner depuis vingt-quatre heures.

Début des troubles urinaires en 1898, par difficultés de la miction. Première crise de rétention aiguë totale, il y a sept ans. Conduit à Tenon, on lui met une sonde à demeure ; séjour de six semaines. A sa sortie, urine très difficilement ; grands efforts pour émettre quelques gouttes d'urine. Mictions toutes les heures pendant le jour. La nuit, plus souvent encore. Douleurs après la miction. Puis, pendant deux ans, mictions plus faciles.

Le 24 avril 1905, rétention complète. Il est sondé à Lari-boisière. Le 25, au matin, il revient à la consultation à Lariboisière ; depuis la veille, il urine du sang. Urines fortement hématiques ramenées par une béquille n° 19 sur mandrin. Hématurie terminale abondante. Sonde à demeure.

Reins ni perceptibles, ni douloureux.

Prostate grosse, assez dure, régulière.

13 mai. — Le malade continuant à ne pouvoir émettre une seule goutte d'urine, on se décide à intervenir.

Opération, le 15 mai, par M. le docteur Lecène. Anesthésie chloroformique. Prostatéctomie hypogastrique.

Incision de la vessie. Enucléation de la prostate en un seul bloc composé de deux lobes latéraux de même volume, réunis par une commissure postérieure.

Durée de l'opération, 6 minutes. Drainage vésical par les tubes de Périer Guyon. Prostate de 90 grammes.

Suites opératoires. — Le 22, ablation des tubes siphons ; mise en place d'une sonde de Pezzer.

Les 24, 25, 26 : Température : 39°, 38°6, 38°6.

Le 27 : Température : 38°.

Le 28 : Température normale.

Le 2 juin : Commence à uriner par la verge.

Le 16 : Passage des béniqués 50, 52, 54.

Les jours suivants, la fistule hypogastrique ne se ferme

pas et donne toujours passage à la majeure partie de l'urine. On remarque qu'il s'est établi une cystostomie idéale par réunion cutanéomuqueuse.

Le 28 juin, cure sous chloroforme de la fistule cutanéomuqueuse : dédoublement ; suture des plaies profondes au catgut, de la peau au crin de Florence ; mise en place d'une nouvelle sonde de de Pezzer, qui tombe le 1^{er} juillet.

10 juillet : Epidéymite droite.

11 juillet : Température, 39° le matin, 40° le soir.

12 juillet : Température, 37°6 le matin, 38°6 le soir.

13 juillet : Température, 38° le matin, 38°6 le soir.

14 juillet : Température, 37°2 le matin ; le soir, 39°4.

Température normale les jours suivants.

Le 24 juillet : Ablation définitive de la sonde à demeure.

Le 25 juillet : Fistule hypogastrique en bonne voie de guérison.

Si le malade se met debout et essaye d'uriner, l'urine sort en nappe par la fistule hypogastrique ; quelques gouttes seulement passent par l'urètre.

Capacité vésicale, 90 gr. Miction spontanée 6 gr.

Urètre. — La sonde béquille, arrivée dans la région prostatique, se dévie nettement vers la droite du malade pour la franchir. Longueur de l'urètre : 23 centimètres.

Prostate. — La paroi antérieure du rectum n'est pas souple ; on sent parfaitement, par le toucher rectal, une prostate de consistance rénitente, à parois latérales distales dures. La région vésicale, ou mieux la région rétro-cervicale sus-prostatique, est assez souple à ce niveau.

EXAMEN LE 29 OCTOBRE 1905. — A sa sortie, le malade ne perdait plus d'urine par sa plaie hypogastrique qui était en bonne voie de cicatrisation. Dix jours après sa sortie, la plaie recommence à donner quelques gouttes d'urine.

Depuis cette époque, le malade a des alternatives de pseudo-fermeture et réouverture de sa fistule durant trois ou quatre jours ; il ne perd que quand il est debout ; jamais sa fistule ne donne au lit.

Mictions fréquentes, quinze ou vingt fois par jour, impérieuses. A l'examen, cicatrice hypogastrique très solide avec, en son centre, un petit orifice étoilé plutôt perceptible au cathétérisme qu'à la vue. La petite extrémité du stylet, introduite sans peine, conduit dans la cavité vésicale à travers une paroi solide et sans ramener une seule goutte de sang.

Urètre. — L'Explorateur n° 20 s'arrête dans la région suspérinéale, ainsi que tous les explorateurs. Mais une sonde béquille n° 20 passe facilement jusqu'à la vessie et ramène de l'urine légèrement trouble sans filaments. Résidu nul. Capacité vésicale : 260 c.c.

A aucun moment de l'injection dans la vessie l'eau de lavage n'est sortie par la plaie hypogastrique, le malade étant couché sur le dos.

CONCLUSIONS

Sans étre rares, les fistules urinaires consécutives à la prostatectomie périnéale ne sont pas très fréquentes. Cette fréquence est appelée à diminuer encore grâce aux progrès réalisés dans la technique opératoire.

Les fistules uréthro-rectales sont dues à une blessures du rectum, conséquence d'une mauvaise technique, ou au sphacèle de cet organe, qui se produit chez des malades en mauvais état général et lorsque le rectum a été aminci au cours du décollement.

Les fistules uréthro-périnéales se voient : 1° chez des sujets infectés ; 2° lorsque l'urètre a été désorganisé au cours de l'énucléation ou par des manœuvres opératoires surajoutées, d'où il résulte pour plus tard des déviations et des rétrécissements du canal ; 3° lorsqu'on a laissé subsister des lambeaux exubérants de l'urètre prostatique dilaté ; 4° dans les cas où la prostate enlevée présentait un volume considérable laissant après son ablation une vaste cavité et dans les cas de prostate atrophique dure, scléreuse, d'énucléation particulièrement difficile.

Les fistules uréthro-rectales seules sont une complication grave de la prostatectomie périnéale ; elles sont difficiles à traiter opératoirement et nécessitent souvent des opérations itératives.

Les fistules uréthro-périnéales guérissent souvent par des moyens simples ; elles sont faciles à traiter chirurgicalement.

Les fistules urinaires persistantes consécutives à la prostatectomie suspubienne sont rares. Elles se voient chez les sujets infectés.

Dans les cas de rétrécissement post-opératoire du canal (fait tout à fait exceptionnel). Dans les cas où la prostatectomie fut incomplète.

Du reste ces fistules ne sont pas une complication de la prostatectomie proprement dite, mais bien de la taille vésicale.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
RECLUS.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN. — Prostatect. périn. dans l'hypertr. de la prostate. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1901, n° 33).

ALBARRAN. — Prostatectomie périn. Résultats éloignés. (*A. F. U.*, 1903).

ALBARRAN. — Prostatectomie périn. (*A. F. U.*, 1904).

ALBARRAN. — Premier Congrès de Chirurgie, Bruxelles 1905.

BARLING. — Prostate, enlargement and its treatment by the Freyer's Method. (*Brit. Med. Journ.* 1904, Jan.).

BRYSON. — Prostatectomy. Presentation of six operated cases. (*Saint-Louis Med. Review*, 1902 February).

CAUTERMANN. — Prostatectomie totale par la voie suspubienne. (*Ann. de la Soc. Méd. Chirurgic. d'Anvers*, 1903, sept.).

CARLIER. — Premier Congrès de Chirurgie de Bruxelles, 1905

DELBET. — Prostatectomie périnéale. (*Soc. de Chirur.*, 1903).

FREYER. — On total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of the prostate. (*Brit. Med. Journ.* 1901).

FREYER. — On a further series of cases of total ext. of the prostate (*Brit. Med. Jour.* 1902. July.)

FREYER. — On a fifth series of cases of total extirpation of the prostate (*Brit. Med. Jour.* 1903. April.)

FREYER. — A further series of 32 cases of total ext. of the prostate (*Brit. Med. Jour.* 1903. Oct.)

FREYER. — On a eighth series of cases of tot. of the prostate (*Brit. Med. Jour.* 1904. May.)

FREYER. — 110 cases of total ext. of the prost. *Lancet*, 1904. July.

FREYER. — A recent series of 60 cases of prostatectomy (*Brit. Med. Jour.* 1905. May.).

FULLER. — Six successfull. and successive cases of prostatectomy (*Journ. of Cutaneous and Genito Urinary diseases*, 1895).

GOSSET ET PROUST. — De la prostatectomie périnéale (*Ann. des Mal. des organes génito-urin.*, 1900).

GOSSET ET PROUST. — Le muscle recto-urétral ; son importance dans les opérations par la voie périnéale, en particulier dans la prostatectomie. (*Bull. et Mém. de la Société anatomique*, 1902.).

PROUST. — La prostatectomie périnéale totale (*Thèse de Paris*, 1899.).

PROUST. — Technique de la prostatectomie périnéale (*A. F. U.*, 1901).

PROUST. — Prostatectomie périnéale substot. (*Société de Chirurgie*, 1902).

PROUST. — La prostatectomie dans l'hyp. de la prostate, 1904.

PROUST. — Indic. et valeur therap. des prostatectomies (*A. F. U.*, 1905).

GOODFELLOW. — Median Perineal Prostatectomy. (*Journ. of Americ. Medic. Assoc.*, 1904).

GUITERAS. — The present treatment of prostatic hypertrophy in the United States (*The New York Med. Journ.*, 1900).

HORWITZ. — The best method of operating to effect a radical case of senile hypertrophy of the prostate gland based on the study of 150 radical operations (*New York Med. Journ.*, 1904).

MAC GOWAN. — The surgery of the prostate (*New York Med. Journ.*, 1903).

MOORE. — Complications and sequelae of prostatectomy

MAYO ROBSON. — Prostatectomy (*Med. News*, 1902, février). (*Ann. of Surgery*, 1904).

NICOLICH. — *A. F. U.*, 1904.

(WALLACE). — Extirpation of the prostate (*Brit. Med. Journ.*, 1901).

YOUNG. — Total extirpation of the prostate. (*Brit. Med. Journ.*, 1904).